FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THÈSE N° 647

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri OBRÉ

Né le 29 avril 1922, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juillet 1947

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

Président : M. H. BÉNARD, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **OBRÉ.**

Prénoms : **Henri-Paul-Auguste-Natalis-Joseph.**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

1

OBRÉ (Henri-Paul-Auguste-Natalis-Joseph). — Considérations sur la médiastinite syphilitique. — *Paris*, Jouve et C^ie^, édit., 1947, in-8°, 40 p.

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1947, N°.....*)

2

OBRÉ (Henri-Paul-Auguste-Natalis-Joseph). — Considérations sur la médiastinite syphilitique. — *Paris*, Jouve et C^ie^, édit., 1947, in-8°, 40 p.

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1947 N°.....*)

3

OBRÉ (Henri-Paul-Auguste-Natalis-Joseph). — Considérations sur la médiastinite syphilitique. — *Paris*, Jouve et C^ie^, édit., 1947, in-8°, 40 p.

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1947, N°.....*)

4

OBRÉ (Henri-Paul-Auguste-Natalis-Joseph). — Considérations sur la médiastinite syphilitique. — *Paris*, Jouve et C^ie^, édit., 1947, in-8°, 40 p.

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1947, N°.....*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri OBRÉ

Né le 29 avril 1922, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juillet 1947

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

Président : M. H. BÉNARD, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1947

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **Léon BINET**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR..... **Jean VERNE**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.) CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.)
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O.-R.-L.), JAYLE M. (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N... ff DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS
Bactériologie	LONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie.	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FÈVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expériment.	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENÈGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIÉ.
édiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérap. Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO
	GATELLIER.
	MÉNEGAUX.
Clinique médicale	BARIÉTY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-père
de mon Oncle, les Docteurs Auguste et Paul VOYER

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BÉNARD

Médecin-chef de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Chaire de Pathologie expérimentale
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Témoignage de profonde gratitude.

CONSIDÉRATIONS
SUR LA
MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

I

Introduction

Une récente observation de médiastinite syphilitique chez l'adulte a attiré notre attention sur le polymorphisme clinique de cette affection, qu'il faut savoir distinguer de la syphilis du médiastin. Nous entendons, en effet, par le terme de médiastinite syphilitique l'inflammation du tissu cellulaire médiastinal, accident tertiaire de la syphilis, qui apparaît entre trois à vingt ans après le chancre. Il peut demeurer isolé, ou être secondaire à une lésion syphilitique de voisinage ; ou encore, être associé à une infection d'autre nature, le plus souvent, la tuberculose.

Rappelons qu'il existe une possibilité de localisation de syphilis : l'adénopathie médiastinale spécifique. Mais nous la laisserons de côté, car elle n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé.

Il en est de même de la syphilis des organes contenus dans le médiastin. Disons avec Fourestier que « médiastinite syphilitique n'est pas, théoriquement du moins, l'équivalent de syphilis du médiastin ».

Voici comment nous nous proposons de traiter la question :

Nous ferons d'abord un rapport historique des travaux qui ont été consacrés à la médiastinite syphilitique depuis l'observation princeps de Raymond, parue en 1890 ;

— puis nous résumerons une observation récente qui nous a paru particulièrement intéressante ;

— ensuite, nous ferons une étude clinique de l'affection qui nous occupe, et dont les formes sont très diverses : classiques, c'est-à-dire veineuse, respiratoire, diffuse ; frustes ; enfin, associées, soit à la tuberculose médiastinale, en particulier observée chez l'enfant, soit à une autre localisation spécifique, aortique en particulier.

— Cette étude nous permettra d'isoler les différents éléments du diagnostic de médiastinite syphilitique, et de distinguer la maladie d'autres affections à symptomatologie voisine, en particulier l'anévrisme aortique et la tuberculose trachéo-broncho-pulmonaire.

— Nous terminerons enfin par un rapide aperçu thérapeutique, qui repose évidemment sur les médicaments antispécifiques, l'acte médical principal étant le diagnostic de la nature de l'inflammation médiastinale.

Travail modeste, cette thèse cherchera surtout à faire le point des connaissances encore éparses d'une affection assez rarement observée, mais qui tire tout son intérêt de son diagnostic : celui-ci permet en effet et d'éliminer certaines maladies symptomatologiquement voisines, et surtout d'obtenir une rapide amélioration par le traitement spécifique.

II

Historique

Nous avons vu que l'observation princeps de médiastinite syphilitique remontait à 1890, et était due à Raymond. Il s'agissait d'un envahissement médiastinal secondaire à une lésion syphilitique trachéo-bronchique. En 1896, Achard, à son tour, rapportait un cas dans lequel l'atteinte du médiastin semblait primitive ; mais cet auteur n'a pas semblé suspecter la spécificité. Il faut attendre 1906 avec le cas de Comby, Vigouroux et Collet, concernant une atteinte primitive du médiastin avec un syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure. L'étiologie syphilitique fut révélée par une paralysie générale ultérieure. A partir de cette date de 1906, les documents cliniques vont se multiplier.

C'est l'observation de Barth, qui insiste sur l'importance du syndrome veineux, et qui montre que le traitement antisyphilitique est véritablement un traitement d'épreuve, qui du même coup révèle l'étiologie spécifique de l'affection (1906). L'année suivante, paraît le premier travail de Sergent, qui, par la suite, devait si minutieusement étudier la question. Cette fois, en collaboration avec Gingeot, Sergent publie une observation de syphilome médiastinal.

Deux ans plus tard, en collaboration avec Cottenot, Sergent va chercher à préciser les signes cliniques et

radiologiques de l'affection qui nous occupe. Citons ensuite, parue en 1910, l'observation de médiastinite syphilitique chez l'enfant, rapportée par Nobécourt et Paisseau ; le travail de Dieulafoy, de la même année, celui de Thiroloix et Miginiac, toujours en 1910. L'année suivante, Hutinel étudie l'affection chez l'enfant. Sergent, en 1912, complète ses premières publications. Ce sont encore les thèses de Corre, de Renault, de Sébilotte, les cas de Babonneix et Baron. De 1912 également datent les trois observations de Lian et Baron, qui sont l'occasion d'une précieuse mise au point.

Parallèlement, les publications étrangères se multiplient avec les observations de Radonicic, de Schunemann, en 1911 de Roynton, de Buttino, de Davies.

Puis le silence se fait autour de la question, à peine interrompu par la thèse de Nadal, soutenue à Paris en 1919, l'observation de Matko, qui date de la même année.

Mais, à partir de 1921, l'intérêt est à nouveau orienté vers la médiastinite syphilitique. On trouve alors l'article de Mirande, de 1921, les observations de Chiray et Lebon, de Chiray et Semelaigne ; une communication à l'Académie de Médecine de Sergent et Durand, le cas de Laubry et Walser, celui de Gilson, celui de Galliot : ce qui nous mène à la parution, en 1925, « des Syndromes respiratoires » de Sergent, dans lesquels nous trouvons individualisées les diverses formes cliniques de la médiastinite syphilitique,

L'Italien Giovini s'occupe de la question en 1924 ; puis ce sont les publications de Piazza Martini en 1928, de Pollano en 1933, de Ferrannini en 1935 ; les Espagnols apportent leur contribution : observations de Tarruella, de Garcia Trivinio, de Pasteur ; les Anglo-Saxons ajoutent

leurs observations : Giffin, Joynt, Hallarman, Sayers, Dahm, enfin Korn-Blum, qui se place surtout du point de vue radiologique.

En 1937, se placent les articles de Roch, de Benda et ses collaborateurs ; l'année suivante, Sergent, Fourestier, et Franchel font le point de la question ; citons l'observation chez l'enfant de Weill-Hallé et Papaiannou, Roussy, Leroux et Oberling, dans leur *Précis d'Anatomie pathologique* paru en 1942, ne manquent pas de faire une place à la médiastinite syphilitique. L'observation de Garcin et ses collaborateurs, parue en 1943, concerne un syndrome pleurétique intéressant ; c'est de 1944 que date l'importante étude de Fourestier et Angelin ; citons enfin, l'observation de Nanta et ses collaborateurs, de Toulouse, et l'étude de Luridiana consacrée à la syphilis pulmonaire (1946).

On remarquera que, dans la période la plus récente, les travaux étrangers l'emportent sur les observations françaises. Fourestier explique ce fait par la discipline des observateurs français, qui exigent un cadre nosologique plus rigoureux des diverses formes cliniques de la médiastinite syphilitique. A des publications d'abord remarquablement abondantes s'opposent des écrits récents relativement rares : au XIX^e^ siècle, peu de documents ; entre 1905 et 1913, observations nombreuses, qui vont se raréfiant, au point que dans la littérature de ces dernières années, font figure isolées l'observation de Garcin que nous résumons plus loin, et l'étude très complète de Fourestier.

Cette raréfaction peut s'expliquer par le dépistage actif, la prophylaxie et le traitement de la syphilis, rendant de plus en plus rares les cas des manifestations évolutives de la syphilis. Les blocs scléro-gommeux envahissant tout le médiastin, qu'ils demeurent isolés ou qu'ils s'associent

à d'autres localisations viscérales, demeurent exceptionnels. D'autre part, depuis les progrès de la radiologie, la part qui revient à la spécificité dans les images de la médiastinite a pu être précisée. Enfin, il semble que les formes classiques de médiastinite syphilitique, avec constitution du syphilome scléro-gommeux, sont devenues exceptionnelles. Par contre, la fréquence des formes frustes serait peut-être plus grande qu'on ne l'admet généralement. Leur diagnostic reste en effet délicat, soit qu'elles demeurent isolées ; quasi-impossible lorsqu'elles s'associent à d'autre affections viscérales, en particulier l'anévrisme aortique, dont la symptomatologie se surimpose sur celle plus discrète, plus atypique, de celle de la médiastinite spécifique.

III

Observation

(Garcin, Kipfer, d'Œlsnitz et St. Godlewski)

Une femme de quarante et un ans est vue par les auteurs pour une paralysie récurrentielle droite datant de six mois, préludant à l'installation d'un syndrome médiastinal grave, d'évolution aiguë.

Actuellement, l'examen physique montre une face violacée et bouffie, cyanotique, un bras droit très augmenté de volume ; les veines superficielles du cou sont fortement dilatées.

On redoute une compression médiastinale, et on hospitalise la malade, dont l'état, en effet, s'aggrave rapidement. Il se constitue successivement un œdème de la base du cou et des racines des membres supérieurs, « œdème en pèlerine » ; de la cyanose et de la bouffissure de la face. Un réseau de circulation veineuse collatérale apparaît au niveau du thorax. Sur la face antérieure du thorax, au-dessous des seins, on constate des téguments « en peau d'orange ». Il existe en outre, de la dyspnée, de la toux, une dysphagie des plus pénibles. Des épistaxis apparaissent, se renouvellent.

L'examen radiologique du thorax révèle la présence d'un petit nodule calcifié, mais surtout d'une opacité trian-

gulaire dépassant l'ombre médiastinale. On pose la question de la nature de l'opacité, qui pourrait être un ganglion trachéo-bronchique. Par ailleurs, l'anémie modérée, l'éosinophilie sanguine constatées, orientent le diagnostic vers une maladie de Hodgkin.

De face, les clichés sont tous différents. On trouve en effet une bande opaque pouvant correspondre à une dilatation de la veine cave supérieure.

On décide de tenter de faire fondre ces éventuels ganglions par un traitement radiothérapique.

Cependant, au préalable, on essaye un traitement spécifique, sous forme de cyanure de mercure intraveineux, partant de la notion que toute compression médiastinale est susceptible de relever d'une spécificité. Les examens sérologiques, dont les réponses ne parviennent qu'à ce moment, sont en effet fortement positifs. On apprend alors que le mari de la malade a été traité pour syphilis.

Dès la deuxième injection de un centigramme de sel de mercure, l'état s'améliore nettement. On poursuit par une série d'injections intraveineuses de novar. On assiste alors à une nette régression de la dyspnée, de la cyanose et de l'œdème en pélerine.

Mais peu de jours plus tard se constitue un épanchement pleural droit à formule inflammatoire, puis à gauche, qui guérit lentement et nécessite des ponctions. Les signes de compression médiastinale sont réapparus par poussées, probablement à la suite d'une thrombophlébite oblitérante de la veine cave laissant derrière elle, comme séquelle, une oblitération partielle.

Les divers symptômes observés se groupent autour de la compression médiastinale : paralysie récurrentielle, par englobement du nerf par la médiastinite ou la périphlé-

bite ; l'épanchement pleural à bascule ; l'exsudat, riche en albumine.

Actuellement, la guérison clinique est remarquable, et ne persistent que des reliquats de la compression de la veine cave supérieure avec circulation collatérale de type cave-cave, et la paralysie récurrentielle.

Ainsi, la présence des adénopathies cervico-axillaires associées à l'éosinophilie sanguine, a failli égarer le diagnostic, et en imposer pour une maladie de Hodgkin. Le traitement spécifique d'épreuve a permis de rétablir le diagnostic, et d'attribuer le syndrome à la syphilis, confirmée ultérieurement par le laboratoire et les anamnétiques.

IV

Étude clinique

Nous nous proposons d'étudier successivement :

— les formes classiques, veineuses, respiratoires, diffuses, dont nous avons d'ailleurs vu la rareté ;

— les formes frustes, les plus fréquentes actuellement ;

— les forces associées, qui feront l'objet de chapitres séparés, association à une bacillose, ou à un autre foyer de spécificité.

Formes classiques

Forme veineuse. — Il s'agit d'une médiastino-phlébite avec prédilection au niveau de la veine cave supérieure et de ses branches d'origine. Dans 50 % des cas, on note un syndrome d'oblitération de la veine cave, la phlébite de la veine cave inférieure est rare et ne paraît exister que dans le jeune âge.

Si la forme veineuse de la médiastinite syphilitique s'observe à tous les âges (entre 20 et 75 ans), elle paraît surtout frapper des sujets de 50 ans et surtout les femmes. Le début est lent, insidieux, le syndrome cave étant le plus souvent tardif. Le premier signe en date est la dyspnée d'effort banale, qui peut être exclusivement inspiratoire, ce qui en signe l'origine médiastinale. Cette dyspnée donne lieu lors de mouvements ou d'efforts, à de la suffocation

avec cyanose. L'inclinaison de la tête en avant peut également donner lieu à de la céphalée frontale, des vertiges, de la turgescence des veines jugulaires, du larmoiement, des troubles de l'ouïe, des hémorragies, épistaxis et hémoptysies congestives, mécaniques.

Mais l'évolution peut-être fonctionnellement silencieuse, la symptomatologie se réduisant à une augmentation progressive du cou.

A la période d'état, le tableau clinique est dominé par la cyanose, l'œdème, la circulation collatérale.

La cyanose est d'abord transitoire ; puis elle s'installe définitivement, pour donner aux lèvres une couleur bleu-ardoise, au nez et aux oreilles une teinte violacée, à la face une coloration rouge vineuse.

L'œdème siège primitivement à la partie inférieure de la face, aux paupières, à la région sus-hyoïdienne ; puis il gagne la portion antérieure du thorax, les épaules, le haut des bras, pour constituer l'œdème en pèlerine de Stokes. La totalité des membres supérieurs peut être œdématiée, la face dorsale restant indemne. Il s'agit d'un œdème dur, cartonné, pachydermique, ne prenant pas le godet.

Quant à la circulation collatérale, son apparition coïncide avec la régression de la cyanose et de l'œdème.

Il s'agit d'un lacis veineux parcourant la partie supérieure du thorax, face antérieure, la base du cou, la racine des membres supérieurs. L'intensité de cette circulation varie, du simple lacis veineux télangiectasique, à la dilatation importante, aggravée par l'effort, la toux, la contraction musculaire. On trouve un rameau médian anastomotique unissant la région xyphoïdienne à la région ombilicale. Sous le revêtement cutané apparaissent les

veines épigastriques sus et para-ombilicales. De la base du thorax à la racine des cuisses serpentent deux cordons veineux. Il existe de l'hyperpression veineuse, atteignant selon Fourestier 40 cm. d'eau, avec un courant sanguin allant du territoire cave supérieur au territoire cave inférieur.

Les muqueuses ne sont épargnées ni par l'œdème, ni par la circulation collatérale : on trouvera de la turgescence de la base de la langue, une tuméfaction arythénoïdienne et des dilatations variqueuses à la laryngoscopie, des veinules rétiniennes dilatées.

Les auteurs qui se sont occupés de la médiastinite syphilitique ont cherché à préciser la localisation de la compression veineuse, en se servant de la topographie du réseau circulatoire collatéral. Chiray pense que si l'azygos, voie de suppléance importante, est respectée et qu'une compression siège au-dessus d'elle, la circulation doit emprunter des voies anastomotiques profondes, puis, après avoir pris les plexus rachidiens et les intercostales, atteint l'azygos. Dans la seconde éventualité, avec obstacle au-dessous de l'azygos, la circulation veineuse traverse cette veine en direction rétrograde. Dans ces deux cas, la circulation de suppléance est nulle, ou minime : ce serait la la phase initiale du syndrome d'oblitération de la cave supérieure.

Si l'azygos est atteinte, et comprimée par les lésions scléro-gommeuses, la circulation est obligée d'emprunter les voies superficielles vicariantes, les veines thoraco-épigastriques longues, jusqu'aux fémorales. A ce moment l'évolution est déjà plus avancée, la compression de la cave supérieure est totale, les veines thoraco-abdominales sont anormalement développées. Pour Fourestier, cette

pathogénie est trop simpliste, trop uniquement mécanique.

La pathogénie de l'œdème a également été expliquée par deux étapes évolutives, dépendant de la localisation de l'obstacle à la circulation lymphatique : la compression des lymphatiques sous-claviers conditionne l'œdème des membres supérieurs et de la tête, la compression des lymphatiques broncho-médiastinaux déterminant l'œdème thoracique.

Ces troubles fonctionnels s'accompagnent d'un état général quasi-intact, l'amaigrissement est modéré, la fièvre rare et toujours légère ; il est fréquent d'observer d'autres localisations de la spécificité : onyxis, signe d'Argyll-Robertson, arthropathies, foie ficelé, qui aident au diagnostic, la sérologie étant par ailleurs positive.

Quel est l'avenir des sujets atteints de médiastinite syphilitique ? Il est fonction directe, d'une part, de la particularité anatomique de cette forme veineuse, d'autre part de la précocité du traitement anti syphilitique. Celui-ci, nous le verrons plus loin, peut-être d'une efficacité spectaculaire ; dans d'autres cas, les lésions sont rebelles ; enfin, on peut trouver une évolution maligne aboutissant à la mort en asphyxie. Même en cas de guérison de la médiastinite syphilitique veineuse, la spécificité demeure, sous une forme sévère évolutive, et la poursuite du traitement s'impose, afin d'éviter les autres accidents syphilitiques, hépatiques, vasculaires ou nerveux.

Fourestier cite des variantes cliniques de la forme veineuse : cyanose et œdème étant unilatéraux dans l'oblitération d'un tronc veineux brachio-céphalique ; ou prédominance d'un côté, ce qui indique une certaine bénignité de l'atteinte, et une réussite du traitement. Enfin il est possible de rencontrer des oblitérations plus parcellaires,

par exemple localisées uniquement à la veine axillaire : mais alors le médiastin reste indemne et il n'y a pas de médiastinite.

La nature anatomo-pathologique des lésions de la médiastinite syphilitique veineuse est bien connue. Macroscopiquement, bloc scléro-gommeux, pouvant atteindre le volume d'un poing, veine cave fibreuse, très épaissie ; de cette masse émergent des tractus fibreux irréguliers qui se rendent aux poumons, au péricarde, et dans les régions sous-claviculaires.

On a signalé l'abondance du tissu adipeux, la diffusion extrême de la sclérose, la multiplicité des gommes au centre nécrotique ; dans les veines, on trouve soit une thrombose avec caillot calcifié, soit des lésions d'endopériphlébite syphilitique, signant le caractère primitif de l'atteinte veineuse, qui ne doit pas être considérée comme la conséquence de la médiastinite rétractile. On peut enfin trouver une sclérose banale, avec lésions vasculaires intenses. La syphilis hépatique ou rénale est fréquemment associée, car il s'agit ici de l'aboutissement d'une longue évolution de la spécificité.

L'image radiologique est très caractéristique. On trouve sur les clichés de face une ombre médiane qui déborde latéralement sur les deux champs pulmonaires, indice de sa localisation médiastinale, Le relief costal radiologique peut être effacé par cette opacité qui s'étale au-dessus du cœur, jusqu'au premier espace intercostal en direction supérieure, et qui paraît écarter les deux poumons ; le profil extérieur est régulier. Sur les clichés de profil obliques antérieurs droits, la clarté médiastinale antérieure n'est plus visible, mais, dans les formes typiques (Sergent), l'espace clair postérieur rétro-cardiaque apparaît totalement libre.

Forme diffuse. — Il est difficile d'en donner un aperçu clinique, car la symptomatologie va varier d'aspect et d'intensité selon les lésions anatomiques. Disons cependant que, dans la plupart des cas, les signes de compression ou d'irritation médiastinales comportent :

— une circulation collatérale importante, avec atteinte récurrentielle précoce, dysphonie, enrouement, voix bitonale. A l'auscultation on peut trouver un souffle systolique intense ; les battements de l'aorte sont exagérés au niveau du creux susternal. Les deux pouls radiaux peuvent présenter de l'inégalité, de l'asynchronisme. Des adénopathies sus-claviculaires, mobiles et indolentes, sont de règle.

L'irritation, la compression du pneumogastrique et du sympathique se traduisent par des crises de dyspnée, avec bradypnée, toux coqueluchoïde, bradycardie, si la vagotonie domine ; tachycardie, troubles vaso-moteurs faciaux et réflexes si la sympathicotonie règne. A l'auscultation, on va trouver une zone de maturité parasternale au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux, un souffle de compression bronchique. A jour frisant, on constate une voussure localisée sur le plastron thoracique. La dysphagie est rare : elle paraît assombrir le pronostic.

Ici encore, l'évolution est sous la dépendance du traitement spécifique qui agira sur la céphalée, l'enrouement puis la dyspnée, la circulation collatérale étant la dernière à disparaître. En l'absence de traitement, des complications surgissent, terminées par l'asphyxie mortelle : épanchement pleural surtout de la base droite, type hydrothorax, hémoptysies à répétition, congestions et infections pulmonaires ; asystolie, etc...

Les lésions anatomopathologiques sont variables. Schématiquement, elles consistent en syphilome diffus, qui englobe la totalité des organes médiastinaux, cœur, poumons, trachée, bronches, gros vaisseaux. D'où une irrégularité alternant sténoses et dilatations au niveau des conduits aériens et vasculaires régionaux. Histologiquement, on trouve des nodules gommeux multiples siégeant entre les fibres musculaires cardiaques ; au niveau des nerfs, des lésions de névrite.

Du point de vue radiologique, on va trouver sur les clichés de face une bande d'opacité médiastinale, aux limites imprécises ; les vaisseaux médiastinaux ont disparu, ne sont plus battants. On peut trouver dans les cas extrêmes une image de fibro-thorax avec attraction broncholatérale et immobilité du diaphragme par suite de la paralysie du phrénique.

Sur les clichés pris en oblique antérieure droite, on note un assombrissement plus ou moins accentué des espaces clairs, avec déviation antérieure de la trachée, obscurcissement de la région rétro-cardiaque, battements aortiques nets contrastant avec l'immobilité de la masse médiastinale, plus sombre que l'ombre cardiaque.

Formes respiratoires

Ce sont des tableaux d'emprunt dont l'origine peut demeurer plus ou moins longtemps méconnue : tableau d'urgence ou pneumopathie chronique.

Dans le premier cas, survient sans aucun prodrome en pleine santé apparente, une crise de suffocation, avec toux quinteuse, angoisse, douleur pseudo-angineuse, bradyspnée avec expiration saccadée et cornage, inspiration prolongée.

L'apyrexie, la conservation de l'état général, contrastent avec la gravité des signes fonctionnels, qui aboutissent à la mort en asphyxie, par spasme ou œdème glottique.

Dans les pneumopathies chroniques, la sémiologie est déterminée par la sténose bronchique : signes fonctionnels banaux, dyspnée intense, rebelle aux traitements habituels, signes physiques comprenant une submatité et une exagération des vibrations locales dans l'espace interscapulo-vertébral, de la bronchophonie, un souffle bronchique à prédominance expiratoire. Les signes physiques, dont on a cherché à préciser la pathognomonie, sont de moindre valeur que la paralysie récurrentielle gauche et les dilatations du réseau veineux thoracique. Les signes restent en général très discrets, limités à une légère diminution d'amplitude respiratoire d'un côté, à la submatité, à l'obscurité respiratoire localisée à un sommet, à un hémithorax.

Le pronostic est moins sombre que dans les formes respiratoires aiguës, le traitement antispécifique amène en règle générale la guérison.

Du point de vue anatomo-pathologique, on trouve une compression de la trachée et de l'origine des grosses bronches, d'où congestion passive par compression veineuse. Ce n'est que dans les cas extrêmes que l'on observe des zones d'atélectasie. Histologiquement, on trouve une sclérose hypertrophique ou des lésions de destruction évoluant vers la dilatation ampullaire au niveau des bronches intra pulmonaires. Moins intenses sont les lésions vasculaires. On trouve des gommes pré-hilaires dans le parenchyme pulmonaire ; seule particularité de la forme respiratoire, puisque les autres lésions sont celles de toutes syphilis pulmonaires : symphyse pleuro-médiastinale et sclérose pleuro-pulmonaire.

Formes frustes

On peut trouver une symptomatologie médiastinale très atténuée, les signes fonctionnels se limitant à une légère dyspnée d'effort, de palpitations, de la tachycardie, de l'enrouement, de la congestion de la face. Cliniquement, dilatation du réseau veineux superficiel et souffle bronchique dans l'espace interscapulo-vertébral.

On peut encore trouver exclusivement des signes sympathiques à distance, vertiges, sensation de congestion de la face lorsque la tête est penchée en avant, algies précordiales, constriction thoracique transitoire ou permanente, fourmillements dans les extrémités supérieures, dysphagie spasmodique. On comprend qu'un tel tableau atypique ne soit rattaché ni à un syndrome médiastinal, ni à la spécificité : la parole reste à la radiologie.

Enfin, on trouve des formes monosymptomatiques, dyspnée ou phénomènes douloureux, ou convulsifs, dysphagie, hémoptysies, hypoglobulie, selon qu'on se trouve en face d'une forme asthmatique, épileptique, angineuse, œsophagienne anémique, etc... Mais dans tous les cas les symptômes sont persistants, d'évolution progressive malgré les traitements mis en œuvre : ici encore la parole reste, pour le diagnostic, à la radiologie et à l'épreuve thérapeutique du traitement antisyphilitique.

Les constatations radiologiques vont dans un certain nombre de cas être une surprise d'examen, l'extension des lésions contrastant avec la modération de la symptomatologie. Sur le cliché de face, on va trouver une ombre médiastinale diffusant dans les champs pulmonaires sur un fond de sclérose, une accentuation de la trame, des aspects de périlobulite. Le pneumo-médiastin, la tomo-

graphie, la kymographie, paraissent souvent nécessaires pour déceler les lésions surtout localisées au médiastin antérieur. L'espace antérieur demeure opaque sur les clichés en O. A. D. de profil surtout, bras en pronation forcée et levés. Cette opacité est de contours nets, d'une certaine mobilité à la toux, aux mouvements respiratoires, mais indépendante de la déglutition. Somerville a décrit un aspect de cloche à melon au-dessus du cœur, masse plus opaque, plus homogène, à la partie supérieure. Le médiastin postérieur est effacé, la bifurcation trachéale est rendue invisible, le bloc opaque englobe à la fois le cœur, les vaisseaux de la base, la trame pulmonaire péri-hilaire estompe les battements cardiaques et réalise une image pseudo-tumorale du médiastin.

Ici encore, sous l'influence du traitement, on assiste à une régression des lésions radiologiques, véritable fonte accélérée dans certains cas, plus fixe dans d'autres.

L'atteinte peut se limiter à l'accentuation de l'image hilaire, à l'élargissement du médiastin sus-cardiaque. Dans ces formes atténuées, le diagnostic radio-clinique reste délicat.

V

Association de la médiastinite syphilitique à la tuberculose médiastinale

Cette association peut revêtir diverses modalités. On va, en effet, dans certains cas observer, chez un tuberculeux pulmonaire ancien syphilitique, une médiastinite révélée cliniquement et radiologiquement, mais qui ne fera sa preuve de spécificité que sous l'influence du traitement : les signes fonctionnels médiastinaux tels que dyspnée et cornage, l'ombre radiologique vont s'atténuer, alors que les lésions tuberculeuses pulmonaires, souvent fibreuses (Sergent) persistent sans changement.

Dans une autre série de faits, on trouve des lésions uniquement médiastinales, et de nature et bacillaire et spécifique. Alors que deux éléments retiennent le diagnostic : atteinte du médiastin, syphilis, la bacillose se traduit par la fièvre, un mauvais état général, de l'asthénie, une chute pondérale, de l'inappétence, des sueurs nocturnes. L'auscultation est muette, en dehors des signes de médiastinite ; les expectorations restent non bacillifères. C'est donc à la radiologie que revient la parole : elle révèlera des images de scissurite, un comblement du cul-de-sac pleural, des images de tramite, de périlobulite au niveau de l'espace inter-cléido hilaire (Fourestier). La tomographie montre au sein de l'opacité médiastinale des images arron-

dies, correspondant aux ganglions. On est devant une association de syphilis ancienne et de tuberculose récente, primo-infection tardive ou réinfection se traduisant par une adénopathie trachéobronchique médiastinale.

Enfin, un syndrome médiastinal peut s'observer chez un tuberculeux pulmonaire ou pleural dont la syphilis est récente (cas de Fourestier). On se trouvera devant une dyspnée intense et persistante, sans rapport avec l'épanchement abondant, les extensions des lésions du parenchyme, la dissémination du processus granulique. Les clichés vont montrer une ombre médiastinale arrondie, mais une crosse aortique normale, sans rapport avec l'image classique en équerre de la pleurésie médiastinale. Là encore, le traitement antispécifique est sans effet sur l'ombre médiastinale, alors que les signes fonctionnels s'atténuent. Pour Fourestier, c'est là le stade de début de la médiastinite syphilitique, à traduction clinique purement fonctionnelle, ayant pour support la médiastinite pleuro-tuberculeuse préexistante qui en a révélé la présence.

Dans tous ces cas de syphilis et tuberculose associées, la symptomatologie typique médiastinale que nous avons décrite à propos des autres formes demeure l'exception : œdème, cyanose, circulation collatérale. Ici, l'évolution, le pronostic, dépendent presqu'exclusivement de la tuberculose, dont « le lit scléreux a été fait par la syphilis ». Mais précisément cette sclérose rend plus sérieuse la bacillose avec ses risques de médiastino-péricardite calleuse, avec asystolie hépatique, décrite par Grisinger et Kussmaul.

VI

Association de la médiastinite et de la syphilis aortique

Cette association peut revêtir trois formes cliniques différentes :

Dans un premier ordre de faits, la médiastinite est évidente alors que l'anévrysme est méconnu, « noyé » dans la sclérose. Cliniquement, on trouve des douleurs angineuses, de la dyspnée aggravée par l'effort, un souffle systolitique de la base, sans perte de synchronisme des pouls radiaux, sans tumeur expansive préthoracique, sans double centre de battements. L'image radiologique de médiastinite est indiscutable. Quant à l'anévrysme, on trouve pour en établir la réalité une ombre expansive sur les clichés pris en position oblique, surtout révélée par la kymographie, une dilatation aortique visible après nettoyage du médiastin par le traitement spécifique. Solon a montré que dans bien des cas, l'anévrysme n'est découvert qu'à l'autopsie.

Dans un second groupe de faits, le plus nombreux, anévrysme et médiastinite sont indiscutables, bien que certains signes soient communs aux deux affections : pouls inégaux, syndrome broncho-récurrentiel, circulation collatérale. C'est encore à la radiographie que revient le rôle d'établir l'association des deux lésions. Krauss

pense cependant que le diagnostic clinique est possible, chaque fois que deux symptômes s'associent sans pouvoir s'expliquer par le seul anévrysme, par exemple anévrysme antérieur et dysphagie, anévrysme de la convexité et syndrome récurrentiel, anévrysme de l'extrémité postérieure de la crosse et névralgie phrénique. Ici encore, le traitement d'épreuve donne à la médiastinite la part qui lui revient dans le syndrome : tout ce qui subsiste après lui n'est pas dû à cette affection, mais à l'anévrysme.

Sébillot a décrit des cas dans lesquels anévrysme et médiastinite étaient masqués par un tableau de défaillance cardio-rénale, œdème des membres inférieurs, hépatomégalie, bruit de galop. Mais la traduction de cette insuffisance ventriculaire gauche pâr une dyspnée et une cyanose intense est paradoxale. Les clichés montrent un cœur gros, avec des cavités gauches dilatées, une ombre médiastinale empiétant sur les champs pulmonaires, non battante.

Devant un syndrome angineux, sans signe d'ectasie, avec ou non coronarite dans les tracés électrocardiographiques, avec une ombre médiastinale diffuse, c'est après nettoyage par le traitement antispécifique qu'apparaîtra l'ectasie.

A cette catégorie appartiennent également la médiastinite inférieure de l'adulte, dernier stade du syphilome diffus, avec son syndrome anatomo-clinique de troubles digestifs, hépatiques, suivis d'asystolie, et correspondant anatomo-pathologiquement à la localisation du processus scléro-gommeux autour de la veine cave inférieure.

Chez l'enfant hérédo-syphilitique, on va trouver des tableaux cliniques qui diffèrent quelque peu selon l'âge du petit malade :

Chez le nourrisson, syphilis grave, avec hépato-splénomégalie, signes cutanéo-muqueux ; la médiastinite ne sera qu'une découverte d'autopsie.

Ou encore, décrit M. Weill-Hallé, syndrome respiratoire aigu chez un nourrisson en apparence normal, mais s'élevant difficilement, présentant de l'anémie, des dystrophies. La dyspnée, la suffocation apparaissent brusquement ; on trouve une image médiastinale sus-cardiaque d'emblée. Tout fait penser à une hypertrophie du thymus. Si, là encore, le traitement antispécifique signe la nature syphilitique de l'affection, l'asphyxie, la mort subite, assombrissent le pronostic.

Chez le jeune enfant, le syndrome médiastinal est discret en dehors de la turgescence des veines jugulaires. L'image radiologique, la notion d'hérédo-spécificité, font poser le diagnostic. A cette forme s'associe fréquemment l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

Chez le grand enfant enfin, l'association avec la bacillose est quasi-constante : médiastino-pleurite en deux temps, d'abord pleurésie traînante, l'état général étant peu altéré, puis compression médiastinale surtout cave inférieure avec médiastino-péricardite calleuse et asystolie hépatique décrite par Hutinel.

La symptomatologie de médiastinite va être masquée par un syndrome hépato-abdominal, hépatomégalie, ascite, circulation collatérale, enfin asystolie. Les images sont souvent rendues difficiles à interpréter à cause de l'hypertrophie cardiaque. La bacillose répond de la fièvre, de l'altération de l'état général, de la chute pondérale.

Le diagnostic est ici compliqué du fait que ce tableau de cirrhose cardio-tuberculeuse peut être également réalisé par la seule spécificité.

VII

Eléments du diagnostic et du diagnostic différentiel positif

Le diagnostic positif est souvent des plus délicats. « L'essentiel est peut-être moins d'affirmer qu'il existe une médiastinite et qu'elle est réellement imputable à la syphilis, que de faire la part exacte de ce qui revient à la spécificité devant une ombre hilaire ou médiastinale chez un sujet certainement syphilitique ou simplement suspect ». (Fourestier).

Les signes cliniques tels que céphalées et vertiges sont atypiques ; on retiendra plutôt la dyspnée inspiratoire, l'œdème en pèlerine, qui signent l'atteinte médiastinale, la circulation collatérale, qui indique l'obstruction cave supérieure.

Les signes radiologiques sont également incapables à eux seuls d'affirmer le diagnostic : opacité médiastinale à bords effilochés ; opacité du médiastin antérieur, avec conservation de l'espace clair postérieur. C'est le faisceau radio-clinique qui rapprochera de la vérité.

La notion d'hérédo-syphilis, de syphilis ancienne ou récente, la sérologie positive, préciseront la nature spécifique de la médiastinite. Mais « toute affection évoluant chez un syphilitique n'est pas nécessairement syphilitique. Chez l'enfant hérédo-syphilitique, les réactions sérologiques peuvent être négatives ».

C'est encore à l'épreuve thérapeutique que revient le rôle de confirmer le diagnostic, en faisant régresser les signes cliniques et radiologiques. Mais Barth a insisté sur le fait que le repos au lit associé au traitement peut à lui seul améliorer les signes fonctionnels et radiologiques ; Laubry, Heim de Balsac, ont souligné les difficultés d'interprétation des modifications des images médiastinales et juxta-hilaires, et la part qui revient aux vaisseaux : d'où l'intérêt de l'angiographie pulmonaire.

Le diagnostic différentiel doit compter avec : 1° les bronchectasies, éliminées par l'exploration lipiodolée ; 2° les tumeurs médiastinales, aux bords arciformes, aux images arrondies, sauf lorsqu'il s'agit de sarcomes diffus (l'état général altéré, la dyspnée intense, les lésions sanguines, l'évolution rapide, seront en faveur d'un néoplasme) ; 3° les leucémies, les lymphogranulomatoses; 4° la granulie juxta-hilaire des formes médiastino-pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann doit éviter les diagnostics erronés.

Cliniquement et radiologiquement vont différer les formes médiastinales de la péricardite. Plus douteux sera le diagnostic différentiel avec la stase hilaire des mitraux et des scléreux ; pour Benda, l'heureuse influence du repos, les variations radiographiques selon la position du malade, sont en faveur de la stase hilaire. Pour Fourestier, le problème ne se pose vraiment qu'avec l'anévrysme aortique accompagné d'une ombre diffuse médiastinale ; ici les images de dilatation cardiaque, de stase hilaire, de sclérose médiastinale tuberculeuse, silicosique, doivent être éliminées avant de conclure à la médiastinite ;

— avec la tuberculose : adénotrachéopathie bronchique

de l'adulte ; fibro-thorax médiastinal, marqué d'une déviation trachéale ; médiastinite bacillaire, secondaire à une pleurésie chronique, à une symphyse pleurale.

Ces affections ayant pu être écartées, on revient au diagnostic de syndrome médiastinal clinique et radiologique, la spécificité étant prouvée par les anamnétiques ou les résultats du traitement d'épreuve.

VIII

Aperçu thérapeutique

Le traitement antisyphilitique doit être institué dès qu'un diagnostic de certitude ou de présomption a pu être posé. Il sera d'emblée intensif :

Pour Fourestier, l'iodure de potassium à doses fortes peut être mal toléré ; en cas de bacillose associée, il serait aggravant. On le réservera donc aux médiastinites syphilitiques pures, sans tuberculose associée.

Très efficaces seront les injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure, en séries de 15 à 20 injections ; chez l'enfant, les injections sont bien entendu remplacées par les frictions.

Les arsenicaux trivalents sont dangereux et sont susceptibles de provoquer des apoplexies séreuses.

Par contre, le bismuth liposoluble est avec le mercure le médicament de choix, et ces deux antisyphilitiques sont les seuls utilisables en cas d'association syphilis-tuberculose. En présence d'un anévrysme aortique associé, on prescrira le repos absolu et le cyanure de mercure.

Citons enfin quelques mesures chirurgicales d'urgence, trachéotomie dans les formes suffocantes par compression trachéobronchique, saignée de la jugulaire externe, libération des adhérences péricardiques dans les médiastino-péricardites calleuses inférieures, mesure dangereuse

d'ailleurs au moment de la libération de la veine cave inférieure à son abouchement auriculaire.

A la fois diagnostic et thérapeutique, le traitement syphilitique reste la mesure la plus efficace et la moins dangereuse. Dans la plupart des cas, on va assister à une véritable fonte des lésions médiastinales, fonte que l'on peut suivre sur les clichés en série : médiastin éclairci en quelques semaines, tandis que les signes fonctionnels disparaissent ; la circulation collatérale, les œdèmes, sont plus tenaces. Dans certains cas rebelles, si la circulation collatérale abdominale est très ramifiée, on peut constater une persistance définitive des manifestations veineuses. Dans d'autres cas enfin, le traitement demeure sans effet, et la mort par asphyxie est inévitable.

Devant un malade « guéri », par le traitement spécifique de sa médiastinite, il n'en reste pas moins une syphilis sévère, ancienne, dont le syndrome médiastinal n'a été que le reflet : d'où la nécessité de poursuivre longtemps le traitement, seule condition de prophylaxie des inéluctables accidents ultérieurs de toute syphilis non traitée.

IX

Conclusions

I. — Nous avons décrit un syndrome de médiastinite syphilitique, accident tertiaire constitué par l'inflammation du tissu cellulaire médiastinal.

II. — On distingue :

des formes classiques, veineuses, caractérisées par l'œdème facial et en pèlerine, la cyanose, la circulation collatérale ;

des formes diffuses, caractérisées par une atteinte récurrentielle précoce, suivie de signes de compression sympathique ou pneumo-gastrique ;

des formes respiratoires, caractérisées par un tableau de pneumopathie chronique ou de suffocation aiguë ;

des formes frustes, à tableau clinique atténué, ou monosymptomatique ;

enfin, des formes mixtes, associées à la tuberculose médiastinale, ou à la syphilis aortique.

III. — Le diagnostic se fondera sur la clinique, mais surtout sur les aspects radiologiques et l'épreuve thérapeutique.

IV. — L'évolution dépend des conditions cliniques et anatomo-pathologiques de la maladie : le traitement spécifique, mercuriel et bismuthique, fait rapidement régres-

ser les signes fonctionnels et radiologiques, mais la syphilis demeure, qui nécessite un traitement prolongé et intensif, seul susceptible d'éviter les complications vasculaires, nerveuses, hépatiques. Dans les formes associées, l'effet thérapeutique ne peut qu'être partiel, et le traitement spécifique risque d'aggraver la bacillose.

Enfin, dans certains cas, des mesures chirurgicales peuvent s'imposer, trachéotomie d'urgence, libération des adhérences péricardiques.

Vu : le Président de la thèse,
H. BENARD

Vu : le Doyen,
L. BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,
CABANNES

X

Renseignements bibliographiques

Achard. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 1896.

Babonneix, Baron. — *Gaz. Hôp*, janv. 1912.

Barth. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 9 fév. 1906.

Benda, Mollard, Debray. — *Presse méd.*, 24 avril 1937.

Chiray, Semelaigne. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 18 janv. 1922.

Chiray, Lebon. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 16 mars 1923.

Comby, Vigouroux, Collet. — Soc. Méd. Hôp. Paris, fév. 1906.

Corre. — Thèse de Paris, 1913.

Dieulafoy. — *Presse méd.*, 30 nov. 1910.

M. Fourestier, A. Ancelin. — La médiastinite syphilitique. *Sem. Hôp. Paris*, janv. 1944, p. 11.

Galliot. — *Journ. méd. Paris*, 1925.

R. Garcin, M. Kipfer, D'Œlsnitz, Saint-Godelwski. — Médiastinite syphilitique avec compression de la veine cave supérieure. Pleurésie à bascule. Guérison rapide par le traitement spécifique. Soc. Méd. Hôp. Paris, 3 déc. 1943.

Gilson. — *Journ. Méd. fr.*, 1924.

Hutinel. — *Bull. méd.*, 30 août 1911.

Korblum (O). — *Am. Journ. Rœntgenol.*, 1934, n° 1.

Laubry, Walser. — *Journ. Méd. fr.*, 1924.

Lian, Baron. — *Progrès méd.*, 16 nov. 1912.

LURIDIANA. (P). — La syphilis pulmonaire dans le cadre sanatorial, *Riforma Med.*, 1946, LX, nos 35-36, p. 470-473.

MATKO. — *Sem. méd.*, 17 déc. 1919.

MIRANDE. — *Journ. Méd. Chir. Prat.*, 10 sept. 1921.

NADAL. — Thèse de Paris, 1919.

NANTA, BAZEX, GARRIC, PIGASSOU. — Soc. Otoneuro-opht. Toulouse, 24 juil. 1944.

NOBÉCOURT, PAISSEAU. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 16 déc. 1910.

RAYMOND. — *Gaz. Hôp.*, 12 juin 1890.

ROCH. — *Presse méd.* 6 mars 1937.

ROUSSY, LEROUX, OBERLING. — *Précis d'Anat. Path.* Masson, éd. Paris, 1942.

SEBILLOTE. — Thèse de Paris, 1912-1913.

SERGENT, GINGEOT. — Syphilis et Tuberculose, 1907.

SERGENT, COTTENOT. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 12 nov. 1909.

SERGENT. — *Presse méd.*, 3 juil. et 3 août 1912.

SERGENT, H. DURAND. — Acad. Méd., 1er mai 1923.

SERGENT. — Syndromes respiratoires, 1925.

SERGENT, M. FOURESTIER, FRANCHEL. — *Arch. méd. chir.*, 1938.

THIROLOIX, MIGINIAC. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 10 juin 1910.

WEILL-HALLÉ, PAPAIANNOU. — Soc. Méd., 12 mars 1940.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. – Introduction 7

II. – Historique 9

III. – Observation 13

IV. – Etude clinique 16

V. – Association de la médiastinite syphilitique à la tuberculose médiastinale 26

VI. – Association de la médiastinite syphilitique à la syphilis aortique 28

VII. – Eléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel. 31

VIII. – Aperçu thérapeutique 34

IX. – Conclusions 36

X. – Renseignements bibliographiques 38

684. — Imp. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (N° 31.0939). — 2-48